

Arztstempel



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Qualitätssicherung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

Bitte reichen Sie Ihren Antrag vorzugsweise digital im PDF Format an qs@kvt.de ein.

ANTRAG auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe

(gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren)

Antragsteller

Vertragsarzt, Ärztliche Leitung MVZ, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte

Leistungserbringer

sofern abweichend vom Antragsteller,
z. B. angestellter Arzt

Gebietsbezeichnung:

Schwerpunkt:

Zusatzbezeichnung:

Praxisanschrift
oder Arbeitsstelle:

Telefon:

Praxis: privat:

E-Mail:

Ort der Leistungserbringung

in eigener Praxis (Betriebsstätte)

in ausgelagerten Praxisräumen
(Nebenbetriebsstätte)

im Rahmen einer Anstellung

bei einem Vertragsarzt

in einem MVZ

im Rahmen einer Ermächtigung

im Rahmen einer Vertretung

Wurde bereits eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

nein ja (bitte den Bescheid in Kopie beifügen)

Organisatorische, bauliche, apparativ-technische, hygienische Anforderungen und Notfälle (nach §§ 4 bis 6)

- Die Voraussetzungen nach §§ 4 bis 6 werden erfüllt.
→ ein Grundriss der genutzten Räume oder eine Kooperationsvereinbarung ist dem Antrag beizufügen

Art der Durchführung ambulanter Eingriffe (nach § 6 Abs. 2 und 3)

- Kategorie 1 – Operationen
(§ 6 Abs. 2 Nr. 1)
- Kategorie 2 – Kleinere invasive Eingriffe
(§ 6 Abs. 2 Nr. 2)
- Kategorie 3 – Invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen
(§ 6 Abs. 2 Nr. 3)
- Kategorie 4 – Endoskopien
(§ 6 Abs. 2 Nr. 4)

ausschließlich Fachgebiet **Augenheilkunde:**

- Kategorie 5 – Laserbehandlungen außerhalb der Körperhöhle
(§ 6 Abs. 3)

Wundbehandlung nach ambulanten Eingriffen

gemäß der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung Nr. 33 der Anlage I
(Vakuumversiegelungstherapie - VAC)

- Vakuumversiegelungstherapie von Wunden als intendierter primärer Wundverschluss
EBM-Ziffern 31401 und 36401 (als Zuschlag zum Haupteingriff)

Matrixassoziierte autologe Chondrozytenimplantation

gemäß der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung Nr. 38 der Anlage I
(Matrixassoziierte autologe Chondrozytenimplantation - M-ACI)

- Matrixassoziierte autologe Chondrozytenimplantation
→ als offener chirurgischer Eingriff oder als arthroskopischer chirurgischer Eingriff
EBM-Ziffern 31133, 31135, 31504, 31505, 31616, 31617, 31618, 31619, 31823, 31825
sowie Ziffern 36133, 36135, 36143, 36145, 36504, 36505, 36823, 36825

Folgende Voraussetzungen sind dafür erfüllt:

- Die Facharztbezeichnung „Orthopädie“, „Orthopädie und Unfallchirurgie“ oder „Chirurgie mit dem Schwerpunkt Unfallchirurgie“ wird geführt.
→ das verantwortliche ärztliche Personal hat zudem eine vom Hersteller vorgegebene Schulung erhalten

sowie

- Die Entnahme des Knorpelgewebes darf nur in einer Einrichtung gem. § 20b Abs. 1 des Arzneimittelgesetzes und unter Einhaltung der Vorschriften des Transplantationsgesetzes erfolgen.

sowie

- Es werden nur Knorpelzellaufbereitungen verwendet, die als Arzneimittel für neuartige Therapien der EG-Verordnung Nr. 1394/2007 zugelassen oder gem. § 4b des Arzneimittelgesetzes genehmigt sind.

Hochfrequenzablation des Endometriums

gemäß der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung Nr. 39 der Anlage I
(Hochfrequenzablation des Endometriums mittels Netzelektrode bei Menorrhagie - HF-A)

- Hochfrequenzablation des Endometriums mittels Netzelektrode bei Menorrhagie
EBM-Ziffern 31319 und 36319

Einverständniserklärung (nach § 7 Abs. 4)

Ich/wir erkläre/n, dass ich/wir alle Vorgaben nach den Abschnitten B und C der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und bei sonstigen stationersetzenden Eingriffen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V erfülle/n.

Sofern im Rahmen der Qualitätssicherung eine Praxisbegehung erforderlich sein sollte, gebe ich hierzu mein Einverständnis.

Weitere Informationen sowie die Rechtsgrundlagen finden Sie auf www.kv-thueringen.de → Themen A-Z.

Erklärung

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Veränderung der zugelassenen räumlichen Voraussetzungen nach §§ 4-6 der derzeit gültigen Vereinbarung unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen mitzuteilen.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist ebenfalls bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des angestellten Arztes

Wichtiger HINWEIS für Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden sind oder einen solchen Antrag gestellt haben:

Unabhängig von der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von ambulanten Operationen und stationersetzenden Eingriffen wird ein diesbezüglicher Bescheid nur im Rahmen einer ausgesprochenen Ermächtigung und auch dann nur in den Grenzen des dort festgelegten Leistungskataloges wirksam.

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung des Antrags führen können. Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kv-thueringen.de, Thema Datenschutz.